

Bienvenido A Galena Dental



INFORMACION PERSONAL

Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____
 Direccion _____
 Telefono _____ Seguro Social# _____
 En Caso De Emergencia Llamar A _____
 Telefono _____
 Lugar De Trabajo _____ Telefono _____

Motivo De Consulta _____
 Referido Por _____

INFORMACION MEDICA

Padece O Ha Padecido Alguna Vez De:

- | SI | NO | | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sida O HIV. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades Transmitidas Sexualmente. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia a Penicilina, Aspirina, Codeina, Sulfa, U Otras. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glandulas Inflamadas. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Malformacion De Tiroides. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Respiratorios. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esta Embarazada? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades De Los. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esta Dando Pecho? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rinones. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Renales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problema De Sangramiento. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Miedo O Fobia Al Dentista. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Murmullo En El Corazon/ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adiccion a Drogas O Alcohol |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades Del Corazon. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desmayos. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alta Presion. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinusitis. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Baja Presion. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TMJ Problemas. |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Mentales. |

Favor De Incluir Cualquier Informacion No Mencionada _____

Esta Usted Tomando Algun Medicamento? _____
 Nombre De Su Medico _____

Yo he leído y comprendido, y al mismo tiempo mis preguntas han sido satisfactoriamente contestadas. No responsabilizo a mi dentista, ni a ninguno de sus empleados por algun error, u omision que yo pueda haber cometido al llenar esta forma.

Firma Del Paciente _____ Fecha _____